

Medletter

> Ausgabe 1 / 2023
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe



Vertrauen ist gut - Kommunikation ist besser

Liegt eine ernsthafte Erkrankung vor, so ist für eine erfolgreiche Heilbehandlung regelmäßig die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fachrichtungen (sogenannte horizontale Arbeitsteilung) erforderlich. Eine fließende Kooperation der beteiligten Fachärzte bedingt, dass der jeweils fachfremde Behandler nicht alle Tätigkeiten des Mitbehandlers kontrollieren und hinterfragen muss. Diese Begrenzung der jeweiligen Verantwortungsbereiche wird durch den sogenannten Vertrauensgrundsatz erreicht. Danach hat jeder Arzt den für seinen Fachbereich geltenden Standard einzuhalten und darf dabei davon ausgehen, dass sein Kollege aus dem anderen Fachbereich seine Behandlungsaufgaben ebenfalls mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Der handelnde Facharzt haftet danach grundsätzlich nur für seinen eigenen Aufgabenbereich. Das berechnete Vertrauen einer Zusammenarbeit endet allerdings dort, wo sich deutliche Anzeichen dafür aufdrängen, dass die Behandlung durch den anderen Kollegen nicht sachgerecht ist.

Kommt es bei einem gemeinsamen Behandlungsgeschehen zu einem Haftungstatbestand, der in erster Linie auf einem mangelnden Informationsaustausch zwischen den beteiligten Ärzten beruht, stellt sich die Frage, wer die Verantwortung für die Fehlbehandlung trägt. Haften dann alle Behandler gemeinsam oder ist der Vertrauensgrundsatz hier noch anwendbar?

Sachverhalt

Der Patient litt an einem Hodentumor. Nach stattgehabter Orchiektomie (chirurgische Entfernung des Hodens) erfolgte die empfohlene urologische Nachsorge durch eine aktive Überwachung. Die Leitlinien empfehlen insofern regelmäßige Kontrollen durch CT Abdomen oder MRT Abdomen. Während die ersten beiden MRT-Untersuchungen unauffällig waren, beschrieb der Radiologe später einen pathologisch vergrößerten Lymphknoten in seinem MRT-Befund an den Urologen. Zum Ausschluss einer soliden Raumforderung bzw. einer Lymphknotenmetastase wurde eine gastroscopische und erforderlichenfalls auch endosonografische Abklärung

empfohlen. Der Urologe überwies den Patienten daraufhin -- ohne Kenntnis der MRT-Bilder - mit dem Auftrag weiterer Diagnostik und möglicher Therapie zum Gastroenterologen. Die Anamnese und der Befund des Radiologen wurden dabei mit übermittelt. Dort wurde lediglich eine Gastroskopie durchgeführt, die keine Vertikel zeigte, sondern nur eine Refluxösophagitis. Die Unstimmigkeit in Bezug auf die radiologisch erwähnte Raumforderung wurde dabei nicht weiter abgeklärt. Der entsprechende Arztbericht, in dem lediglich Sodbrennen als Befund festgehalten wurde, erreichte dann fälschlicherweise nur den unbeteiligten Hausarzt. In der Kontroll-Gastroskopie zwei Monate später (im Anschluss an die Therapie der diagnostizierten Refluxerkrankung) fanden sich erneut keine Vertikel. Die Gastroenterologen gingen daher von einem erledigten Überweisungsauftrag aus. Der behandelnde Urologe währte den Patienten derweil in guter Obhut beim Gastroenterologen und ging dementsprechend aus urologischer Sicht von einer Vollremission des Patienten aus. Die erneute Follow-up MRT-Untersuchung, ein Jahr später, beschrieb sodann eine Größenzunahme des Vertikels und sprach differenzialdiagnostisch von einer malignomsuspekten Raumforderung. Der Urologe überwies den Patienten daraufhin wiederum zum Gastroenterologen, ohne Einsichtnahme in die radiologischen Bilder und ohne Kenntnis der gastroenterologischen Vorbefunde. Vom Gastroenterologen wurde der Patient dann einen Monat später nur ambulant gesehen, ohne dass weitere Maßnahmen ergriffen wurden. Bei der nächsten turnusmäßigen Nachuntersuchung stellte der Urologe bei der dort durchgeführten Abdomen-Ultraschalluntersuchung eine größere solide Raumforderung im hinteren Bauchraum fest. Ohne Kenntnis der aktuellen Nachsorge-MRT-Aufnahmen, erfolgte erneut eine Überweisung zum Gastroenterologen mit der Bitte um weitere Diagnostik und Therapie. In der gastroscopischen Untersuchung war die Raumforderung nun sichtbar. Im weiteren Verlauf konnte dann im Krankenhaus durch eine endosonografisch gesteuerte Feinnadelpunktion die Metastase erkannt werden. Die Diagnose wurde damit erst zweieinhalb Jahre später gestellt mit zwischenzeitlich fortgeschrittener Metastasenbildung.

Rechtliche Würdigung

In dem durchgeführten Schlichtungsverfahren kommt der Gutachter zu dem Ergebnis, dass sowohl dem Urologen als auch dem Gastroenterologen fatale Behandlungsfehler vorzuwerfen sind. Spätestens ab dem ersten suspekten MRT habe bildgebend der dringende Verdacht auf eine lymphogene Metastasierung des Hodentumors bestanden. Die notwendigen therapeutischen Konsequenzen seien aufgrund des Unterlassens sowohl eigener fachärztlicher urologischer Beurteilung der bildgebenden Diagnostik als auch gebotener gastroenterologischer Diagnostik nicht gezogen worden. Der Haftungstatbestand sei jedoch vor allem durch die schweren Defizite in der Kommunikation der beiden Fachdisziplinen untereinander eingetreten.

Die fachärztlichen Behandler zeigten sich mit den abschließenden Feststellungen der Gutachterkommission nicht einverstanden. Der Urologe wendete ein, dass er stets auf den MRT Befund reagiert habe. Es sei ein gastroenterologischer Tumor beschrieben worden und eine entsprechende Überweisung an den Gastroenterologen erfolgt. Da die bei ihm vorliegenden gastroenterologischen Befundberichte bis zuletzt keinen tumorverdächtigen Befund bestätigt hätten, habe er darauf vertraut, dass dort eine umfassende Abklärung der radiologisch aufgeworfenen Fragestellung erfolgt sei. Die gastroenterologische Praxis sah hingegen den Urologen in der Pflicht, die Nachsorge zu koordinieren und fehlende Befundberichte anzufordern. Ob die nicht durchgeführte, ergänzende Endosonographie, trotz unauffälliger Gastroskopie bei der Hodentumornachsorge Standard sei, könne gastroenterologisch nicht entschieden werden. Insofern wäre der Urologe, kraft seines Fachwissens, in der Pflicht gewesen konkrete Untersuchungsaufträge zu stellen.

Die Gutachterkommission wies die gesamten Einwände zurück und blieb bei dem abschließenden Ergebnis ärztlicher Behandlungsfehler. Der Urologe hätte in Kenntnis der Hodentumorerkrankung und der metastasen-typischen Lokalisation zwingend beim bei dem ersten auffälligen MRT-Befund eine histologische Sicherung der Läsion einleiten müssen. Zudem hätten die Gastroenterologen bei Zweifeln an der Indikation einer endosonographischen Abklärung bei dem überweisenden Urologen nachfragen müssen.

Die Gutachterkommission hob abschließend hervor, dass das verspätete Erkennen der Metastasenbildung, unabhängig davon, ob die einzelnen Behandler im eigenen Aufgabenbereich fehlerhaft handelten, vorrangig durch die fatalen Kommunikationsdefizite und fehlenden fachärztlichen Abstimmungen verursacht wurde. Allein aus diesem Grund sei bei beiden beteiligten Fachärzten von einem Behandlungsfehler auszugehen.

Diese Bewertung der Gutachterkommission steht im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Danach gilt zur Wahrung des Patientenwohls bei der horizontalen Arbeitsteilung der Grundsatz, dass die beteiligten Fachärzte den spezifischen Gefahren der Arbeitsteilung entgegenwirken müssen. Haftungstatbestände, die durch Koordinationsmängeln oder einem mangelnden Informationsaustausch verursacht werden, spiegeln ein enormes Risiko einer Zusammenarbeit wider und führten somit zur Verantwortlichkeit aller beteiligten Ärzte. Für diesen Fall gäbe es keine Exkulpationsmöglichkeit mit dem Einwand, auf die ordnungsgemäße Tätigkeit durch den anderen Behandler vertraut zu haben.

Bei der Gewichtung der Verursachungsanteile, innerhalb des gegebenen Gesamtschuldverhältnisses, war indes zu berücksichtigen, dass der Urologe mit Blick auf die onkologische Nachsorge sowie

dass der Urologe mit Blick auf die onkologische Nachsorge sowie der diesbezüglichen Koordinationspflicht die federführende Verantwortung mit einer internen Haftungsquote von 2/3 zu vertreten hatte.

Fazit

Aus der Zusammenarbeit behandelnder Fachärzte resultieren schnell arzt Haftungsrechtliche Risiken. Denn Defizite in der Kommunikation und im Informationsaustausch sind bei der horizontalen Arbeitsteilung eben nicht vom Vertrauensgrundsatz erfasst und führen zur haftungsrechtlichen Einstandspflicht aller beteiligten Behandler. Insofern ist grundsätzlich ratsam, schon bei den leinsten Zweifeln eine kurze kollegiale Rücksprache zu suchen. In der fachärztlichen Zusammenarbeit gilt insoweit: Schweigen ist Silber, Reden ist Gold.

	Autorin
Daniela Lubberich, Ass. Jur.	

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtssprechung, Schadensfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter